

登録No.

病児・病後児保育登録票

診察カードNo.

登録日

登録児童	じどう しめい 児童氏名	愛称	性別	男・女	生年月日	年	月	日	生まれ
	自宅住所（〒 ー ）								
	通園施設名：				かかりつけ医：				
緊急	緊急連絡先	①	ー	ー	(連絡先名)				
		②	ー	ー	(連絡先名)				
家族の状況	氏名(ふりがな)		生年月日		続柄	性別	勤務先(名称及びTEL)又は、幼・保・学校名		
			年 月 日			男・女	勤務先名称 ----- 勤務先TEL		
			年 月 日			男・女	勤務先名称 ----- 勤務先TEL		
			年 月 日			男・女			
			年 月 日			男・女			
			年 月 日			男・女			
			年 月 日			男・女			
これまでの様子	妊娠中の異常 無・有（ ）								
	出生時体重 g 出産時期：予定通り 日 早かった・遅かった 在胎 週								
予防接種	出産時の異常 無・有（ ） 栄養法 母乳・人工・混合								
	【五種混合】 未・1回目・2回目・3回目・追加				【四種混合】 未・1回目・2回目・3回目・追加				
	【三種混合】 未・1回目・2回目・3回目・追加				【MR(麻しん・風疹)】 未・1回目・2回目				
	【BCG】 未・済				【水痘(水ぼうそう)】 未・1回目・2回目				
	【ヒブ】 未・1回目・2回目・3回目・追加				【日本脳炎】 未・1回目・2回目・追加・Ⅱ期				
	【肺炎球菌】 未・1回目・2回目・3回目				【おたふくかぜ】 未・1回目・2回目				
	【B型肝炎】 未・1回目・2回目・追加				【ロタウイルス】 未・1回目・2回目・3回目				
既往歴	①突発性発疹 歳 ヶ月 ②おたふくかぜ 歳 ヶ月 ③水痘 歳 ヶ月								
	④治療中又は完治した病気()								
	⑤喘息及び喘息様気管支炎 (現在治療中・悪化時のみ治療)								
	⑥けいれん・ひきつけ 無・有(原因) (回数： 回)(最後： 年 月 日)(坐薬の支持：無・有)								
入院歴	無・有 病名： (年 月) 病名： (年 月)								
	病名： (年 月) 病名： (年 月)								
	平熱 (°C)								
	常時服用している薬 無・有(具体的に：)								
	アレルギー 無・有(具体的に：)								
	薬アレルギー 無・有(どのような薬： どのような症状：)								
	※アレルギー等で制限している食品があれば、具体的に記入してください()								
配慮してほしいこと等があれば、具体的に記入してください									